



## **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich Willkommen im Kinderwunsch Centrum Chiemsee. 

Damit wir uns bestmöglich auf Sie vorbereiten können, erhalten Sie eine Zusammenfassung und Anleitung der benötigten Unterlagen.

Sie haben alle Dokumente im Anhang, bitte wählen Sie die für Sie entsprechenden aus (siehe unten)  
Bitte schicken Sie uns diese, mindestens eine Woche vor Ihrem Termin, ausgefüllt zurück.

*Welcome to the Kinderwunsch Centrum Chiemsee.* 

*So that we can prepare for you in the best possible way, you will receive a summary and instructions of the required documents.*

*You have all documents attached, please select the ones that apply to you (see below). Please fill it out and send it back to us at least one week before your appointment.*

### **Vor dem Termin:** **Before the appointment**

#### **Heterosexuelles Paar:**

- Anamnesebogen Kinderwunsch Frau heterosexuell
- Anamnesebogen Kinderwunsch Mann
- Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten (von beiden Partnern)

#### **Homosexuelles Paar:**

- Anamnesebogen Kinderwunsch Frau alleinstehend-Social freezing-homosexuell (von beiden Partnern)
- Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten (von beiden Partnern)

#### **Alleinstehend oder Social freezing:**

- Anamnesebogen Kinderwunsch Frau alleinstehend-Social freezing-homosexuell
- Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten



Seite 2



## **Am Termin:**

### **At the appointment**

Frau ♀

- **Versichertenkarte** + **ggf. Überweisungsschein**
- **Ausweis**

### **Falls vorhanden (kann andernfalls bei uns durchgeführt werden):**

- Blutgruppen-Ausweis
- Impfpass wegen Rötelnimpfung/ Röteltiter
- Blutergebnisse: AMH, HIV, HBsAg, HCV, Anti HBc-Ak
- Varizellen- AK
  
- Hormonstatus: E2, LH, FSH, Androstendion, Prolaktin, Testosteron, T3, T4, TSH, DHEAS, SHBG
- Befunde und Ergebnisse früherer Operationen in Zusammenhang mit Kinderwunsch
- Befunde und Ergebnisse früherer Kinderwunschtherapien
- Aktueller Befund der Krebsvorsorge (PAP)
  
- Falls vorhanden Mutterpass

Mann ♂

- **Versichertenkarte**
- **Ausweis**
- **Spermiogramm**

### **Falls vorhanden (kann andernfalls bei uns durchgeführt werden):**

- Blutergebnisse: HIV, HBsAg, HCV, Anti-HBc-Ak
- Kontrollspermiogramme
- Befunde und Ergebnisse früherer Operationen, Behandlungen in Zusammenhang mit Kinderwunsch
- Befunde und Ergebnisse früherer Kinderwunsch-Therapien

**Bitte schicken Sie keine Originalbefund, sondern Kopien.**

**Wir freuen uns auf Sie!!!**

*Please do not send original findings, but rather copies.*

*We look forward to seeing you!!!*

**Ihr Kinderwunsch Centrum Chiemsee Team**



## Patientenaufnahmebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und **mindestens 1 Woche vor Ihrem Besuch** zurückschicken.  
Danke!

### Patientin:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße, Haus Nr.:	PLZ, Wohnort:
Telefon Privat:	Telefon dienstlich:
Mobil:	E-Mail:
Name der Krankenversicherung:	Beihilfe: O Ja <span style="float: right;">O Nein</span>
Beruf:	Verheiratet: O Ja <span style="float: right;">O Nein</span>
Entfernung von der Wohnung zur Praxis (in km und Stunden):	Erster Termin bei uns:

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte     Frauenarzt     Urologe     Internet     Sonstige



**Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich und lassen uns Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Fragebogen zukommen. Fragen, welche Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie einfach frei.**

**Patientin:**

<b>Überweiser/behandelnder Frauenarzt:</b>	Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? O Ja / O Nein
Name:	Vorname:
Straße, Haus Nr.:	PLZ/Ort:

**Daten der Frau:**

1. Vorname:	2. Nachname:
3. Geburtsdatum:	4. Allergien (z.B. Latex, Penicillin):
5. In welcher Art Beziehung/Lebensgemeinschaft stehen sie?	O alleinstehend O heterosexuell O homosexuell O verheiratet      O nicht verheiratet
6. Seit wann haben Sie Kinderwunsch?	7. Wie ist Ihre Aktuelle Körpergröße und Ihr Gewicht? Größe:                      Gewicht:
8. Wann trat Ihre erste Periode auf?	9. Wie viele Tage hält die Periode an?
10. In welchem Abstand tritt Ihre Periode auf? (Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der nächsten Blutung) von _____ Tagen bis _____ Tagen Keine Blutung seit: _____	11. Haben Sie Zwischenblutungen? O Ja                                      O Nein
12. Wie ist die Blutungsstärke während der Periode? O leicht      O mittel      O stark	13. Haben Sie Schmerzen bei der Blutung? Wenn Ja, nehmen Sie Schmerzmittel ein? O Ja, welche? _____ O Nein



<p>14. Sind die Eileiter auf Durchgängigkeit überprüft worden? Wenn ja, wie und welches Ergebnis? <input type="radio"/> Ja mit Ultraschall <input type="radio"/> Ja mit Röntgen, wann? _____ <input type="radio"/> Ja mit OP, wann? _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>15. Hatten Sie bereits eine Entzündung an den Eierstöcken, oder im Unterbauch? Wenn ja, welche? <input type="radio"/> Ja, Wann? _____ In welcher Form? _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>16. Wurden Sie bereits einmal am Unterleib operiert? An anderen Organen?  <input type="radio"/> Wie oft? _____ <input type="radio"/> Wo? _____ <input type="radio"/> Woran? _____</p>	<p>17. Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt? Wenn Ja wo, in welcher Form und wie oft?  <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, Wo? _____ Was? _____ Wie oft? _____</p>
<p>18. Erfolgte bereits eine Hormonbehandlung?  <input type="radio"/> Ja mit: _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>19. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  <input type="radio"/> Ja, Welche? _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>20. Waren Sie schon einmal schwanger? Wenn ja, wann? _____ _____ _____</p>	<p>21. Hatten Sie schon eine Fehlgeburt?  <input type="radio"/> Ja, Wann? _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>22. Hatten Sie eine Eileiterschwangerschaft? Wenn ja, wann und auf welcher Seite?  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> rechts oder <input type="radio"/> links <input type="radio"/> Nein</p>	<p>23. Wie viele Kinder haben Sie geboren, wann und wie? _____ _____</p>
<p>24. Haben Sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen?  <input type="radio"/> Ja, Wann? _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>25. Bisherige Verhütungsmaßnahmen: Pille von _____ bis _____ Spirale von _____ bis _____ Sonstiges: _____ Eileiterdurchtrennung _____ (Jahr)</p>
<p>26. Wurde bei Ihnen bereits eine Genetische Abklärung durchgeführt? (Falls Ja, bitte Befund mitbringen) <input type="radio"/> Ja, wann? _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>27. Sind Sie geimpft? (Bitte Impfpass mitbringen!!)  <input type="radio"/> Röteln/MMR, wie oft? _____ <input type="radio"/> Windpocken <input type="radio"/> Keuchhusten</p>



<p>28. Wann war der letzte Krebsvorsorgeabstrich beim Frauenarzt? (bitte Befund mitbringen)</p>	<p>29. Blutgruppe (bitte Ausweis mitbringen, falls vorhanden)</p>																																																								
<p>30. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?</p> <p><input type="radio"/> 1-5 Zigaretten/Tag <span style="margin-left: 200px;"><input type="radio"/> Nein</span>  <input type="radio"/> 5-10 Zigaretten/Tag  <input type="radio"/> 10-20 Zigaretten/Tag  <input type="radio"/> &gt; 20 Zigaretten/Tag</p>	<p>31. Trinken Sie Alkohol?</p> <p><input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Täglich, Was? _____  <input type="radio"/> Wöchentlich, Was? _____  <input type="radio"/> nur zu besonderen Anlässen, Was? _____</p>																																																								
<p>32. Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche?</p> <p><input type="radio"/> Ja, _____  <input type="radio"/> Nein</p>	<p>33. Waren Sie die letzten 6 Monate im Urlaub?</p> <p><input type="radio"/> Ja, Wo? _____  <input type="radio"/> Nein</p>																																																								
<p>34. Hatten oder haben Sie allgemeine Vorerkrankungen? (z.B Diabetes, Bluthochdruck, etc.)</p> <p><input type="radio"/> Ja, Welche? _____  <input type="radio"/> Nein</p>	<p>35. Allgemeine/ Genetische Erkrankungen in der Familie:</p> <p>_____      _____</p>																																																								
<p>36. Hatten oder haben Sie eine Geschlechtskrankheit? (z.B Chlamydien, Herpes Syphilis)</p> <p><input type="radio"/> Ja, Welche? _____  <input type="radio"/> Nein</p>	<p>37. Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr?</p> <p>_____ x pro Woche, _____ x pro Monat</p>																																																								
<p>38. Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> Schichtarbeit  <input type="radio"/> Lärm  <input type="radio"/> fehlendes Tageslicht  <input type="radio"/> schwere körperliche Belastungen  <input type="radio"/> Chemikalien  <input type="radio"/> Gase/Aerosole      Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?      _____</p>	<p>39. Leiden Sie insbesondere an folgende Beschwerden?  <input type="radio"/> Nein</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>leicht</th> <th>mittel</th> <th>stark</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>allg. Müdigkeit / Leistungsabfall</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Reizbarkeit / Nervosität</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Stress (allgemein)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Stress (am Arbeitsplatz)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Partnerschaftskonflikte</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ängstlichkeit / Depressionen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Seelische Erkrankungen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hitzewallungen/Schweißausbrüche</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>fleckige Hautrötungen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>trockene Scheide</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Herzklopfen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Krampfadern</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		leicht	mittel	stark	Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe				allg. Müdigkeit / Leistungsabfall				Reizbarkeit / Nervosität				Stress (allgemein)				Stress (am Arbeitsplatz)				Partnerschaftskonflikte				Ängstlichkeit / Depressionen				Seelische Erkrankungen				Hitzewallungen/Schweißausbrüche				fleckige Hautrötungen				trockene Scheide				Herzklopfen				Krampfadern			
	leicht	mittel	stark																																																						
Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe																																																									
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall																																																									
Reizbarkeit / Nervosität																																																									
Stress (allgemein)																																																									
Stress (am Arbeitsplatz)																																																									
Partnerschaftskonflikte																																																									
Ängstlichkeit / Depressionen																																																									
Seelische Erkrankungen																																																									
Hitzewallungen/Schweißausbrüche																																																									
fleckige Hautrötungen																																																									
trockene Scheide																																																									
Herzklopfen																																																									
Krampfadern																																																									



**Sehr geehrter Patient,**

Sie planen eine Kinderwunsch-Therapie oder eine Spermauntersuchung zur Kontrolle der Fruchtbarkeitsreserve.

**Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich und lassen uns Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Fragebogen zukommen. Fragen, welche Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie einfach frei.**

<b>Überweiser/behandelnder Urologe:</b>	Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? O Ja / O Nein
Name:	Vorname:
Straße, Haus Nr.:	PLZ/Ort:

**Angaben zum Ehemann/Partner:**

1. Vorname:	2. Nachname:
3. Geburtsdatum:	4. Allergien (z.B. Latex, Penicillin)
5. Haben Sie Kinderwunsch? O Ja, seit Wann? _____ O z.Z. nein, Fruchtbarkeitsreserve	6. Wie ist Ihre aktuelle Körpergröße und Ihr Gewicht? Größe: _____ Gewicht: _____
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O Ja, Welche? _____ O Nein _____	8. Hatten oder haben Sie urologische/andrologische Erkrankungen oder Eingriffe? O Ja, Welche? _____ O Nein _____
9. Blutgruppe (bitte Ausweis mitbringen, falls vorhanden)	10. Haben Sie bereits Kinder? Wenn ja, wie viele? O Ja, wie viele? _____ O Nein
11. Wann war die letzte urologische/andrologische Untersuchung? _____	12. Wurde bei Ihnen bereits ein Spermogramm durchgeführt? O Ja, Wann? _____ O Nein



<p>13. Wurde bei Ihnen bereits eine Genetische Abklärung durchgeführt? (Falls Ja, bitte Befund mitbringen)</p> <p><input type="radio"/> Ja, wann? _____</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>	<p>14. Trinken Sie Alkohol?</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Täglich, Was? _____</p> <p><input type="radio"/> Wöchentlich, Was? _____</p> <p><input type="radio"/> nur zu besonderen Anlässen, Was? _____</p>
<p>15. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?</p> <p><input type="radio"/> 1-5 Zigaretten/Tag <input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> 5-10 Zigaretten/Tag</p> <p><input type="radio"/> 10-20 Zigaretten/Tag</p> <p><input type="radio"/> &gt; 20 Zigaretten/Tag</p>	<p>16. Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche?</p> <p><input type="radio"/> Ja, _____</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>
<p>17. Sind Sie geimpft? (Bitte Impfpass mitbringen!!)</p> <p><input type="radio"/> Röteln/MMR, wie oft _____</p> <p><input type="radio"/> Windpocken</p> <p><input type="radio"/> Keuchhusten</p>	<p>18. Waren Sie die letzten 6 Monate außerhalb Europas?</p> <p><input type="radio"/> Ja, Wo? _____</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>
<p>19. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Fieber höher als 38°C oder andere vorübergehende Erkrankungen?</p> <p><input type="radio"/> Ja, Wann? _____</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>	<p>20. Hatten oder haben Sie allgemeine Vorerkrankungen? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck etc.)</p> <p><input type="radio"/> Ja, Welche? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>
<p>21. Hatten oder haben Sie eine Geschlechtskrankheit? (z.B. Chlamydien, Herpes, Syphilis)</p> <p><input type="radio"/> Ja, Welche? _____</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>	<p>22. Allgemeine Vorerkrankungen/bekannte genetische Erkrankungen in der Familie:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>





## Patientenaufnahmebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und **mindestens 1 Woche vor Ihrem Besuch** zurückschicken.  
Danke!

### Patientin:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße, Haus Nr.:	PLZ, Wohnort:
Telefon Privat:	Telefon dienstlich:
Mobil:	E-Mail:
Name der Krankenversicherung:	Beihilfe: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Beruf:	Verheiratet: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Entfernung von der Wohnung zur Praxis (in km und Stunden):	Erster Termin bei uns:

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte     Frauenarzt     Urologe     Internet     Sonstige



**Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich und lassen uns Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Fragebogen zukommen. Fragen, welche Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie einfach frei.**

**Patientin:**

<b>Überweiser/behandelnder Frauenarzt:</b>	Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? O Ja / O Nein
Name:	Vorname:
Straße, Haus Nr.:	PLZ/Ort:

**Daten der Frau:**

1. Vorname:	2. Nachname:
3. Geburtsdatum:	4. Allergien (z.B. Latex, Penicillin):
5. In welcher Art Beziehung/Lebensgemeinschaft stehen sie?	<input type="radio"/> alleinstehend <input type="radio"/> heterosexuell <input type="radio"/> homosexuell <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> nicht verheiratet
6. Seit wann haben Sie Kinderwunsch?	7. Wie ist Ihre Aktuelle Körpergröße und Ihr Gewicht? Größe:                      Gewicht:
8. Wann trat Ihre erste Periode auf?	9. Wie viele Tage hält die Periode an?
10. In welchem Abstand tritt Ihre Periode auf? (Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der nächsten Blutung) von _____ Tagen bis _____ Tagen Keine Blutung seit: _____	11. Haben Sie Zwischenblutungen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
12. Wie ist die Blutungsstärke während der Periode? <input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark	13. Haben Sie Schmerzen bei der Blutung? Wenn Ja, nehmen Sie Schmerzmittel ein? <input type="radio"/> Ja, welche? _____ <input type="radio"/> Nein



<p>14. Sind die Eileiter auf Durchgängigkeit überprüft worden? Wenn ja, wie und welches Ergebnis? <input type="radio"/> Ja mit Ultraschall <input type="radio"/> Ja mit Röntgen, wann? _____ <input type="radio"/> Ja mit OP, wann? _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>15. Hatten Sie bereits eine Entzündung an den Eierstöcken, oder im Unterbauch? Wenn ja, welche? <input type="radio"/> Ja, Wann? _____ In welcher Form? _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>16. Wurden Sie bereits einmal am Unterleib operiert? An anderen Organen?  <input type="radio"/> Wie oft? _____ <input type="radio"/> Wo? _____ <input type="radio"/> Woran? _____</p>	<p>17. Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt? Wenn Ja wo, in welcher Form und wie oft?  <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, Wo? _____ Was? _____ Wie oft? _____</p>
<p>18. Erfolgte bereits eine Hormonbehandlung?  <input type="radio"/> Ja mit: _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>19. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  <input type="radio"/> Ja, Welche? _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>20. Waren Sie schon einmal schwanger? Wenn ja, wann? _____ _____ _____</p>	<p>21. Hatten Sie schon eine Fehlgeburt?  <input type="radio"/> Ja, Wann? _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>22. Hatten Sie eine Eileiterschwangerschaft? Wenn ja, wann und auf welcher Seite?  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> rechts oder <input type="radio"/> links <input type="radio"/> Nein</p>	<p>23. Wie viele Kinder haben Sie geboren, wann und wie? _____ _____</p>
<p>24. Haben Sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen?  <input type="radio"/> Ja, Wann? _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>25. Bisherige Verhütungsmaßnahmen: Pille von _____ bis _____ Spirale von _____ bis _____ Sonstiges: _____ Eileiterdurchtrennung _____ (Jahr)</p>
<p>26. Wurde bei Ihnen bereits eine Genetische Abklärung durchgeführt? (Falls Ja, bitte Befund mitbringen) <input type="radio"/> Ja, wann? _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>27. Sind Sie geimpft? (Bitte Impfpass mitbringen!!)  <input type="radio"/> Röteln/MMR, wie oft? _____ <input type="radio"/> Windpocken <input type="radio"/> Keuchhusten</p>



<p>28. Wann war der letzte Krebsvorsorgeabstrich beim Frauenarzt? (bitte Befund mitbringen)</p>	<p>29. Blutgruppe (bitte Ausweis mitbringen, falls vorhanden)</p>																																																								
<p>30. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?</p> <p><input type="radio"/> 1-5 Zigaretten/Tag <span style="margin-left: 150px;"><input type="radio"/> Nein</span>  <input type="radio"/> 5-10 Zigaretten/Tag  <input type="radio"/> 10-20 Zigaretten/Tag  <input type="radio"/> &gt; 20 Zigaretten/Tag</p>	<p>31. Trinken Sie Alkohol?</p> <p><input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Täglich, Was? _____  <input type="radio"/> Wöchentlich, Was? _____  <input type="radio"/> nur zu besonderen Anlässen, Was? _____</p>																																																								
<p>32. Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche?</p> <p><input type="radio"/> Ja, _____  <input type="radio"/> Nein</p>	<p>33. Waren Sie die letzten 6 Monate im Urlaub?</p> <p><input type="radio"/> Ja, Wo? _____  <input type="radio"/> Nein</p>																																																								
<p>34. Hatten oder haben Sie allgemeine Vorerkrankungen? (z.B Diabetes, Bluthochdruck, etc.)</p> <p><input type="radio"/> Ja, Welche? _____  <input type="radio"/> Nein</p>	<p>35. Allgemeine/ Genetische Erkrankungen in der Familie:</p> <p>_____      _____</p>																																																								
<p>36. Hatten oder haben Sie eine Geschlechtskrankheit? (z.B Chlamydien, Herpes Syphilis)</p> <p><input type="radio"/> Ja, Welche? _____  <input type="radio"/> Nein</p>																																																									
<p>37. Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> Schichtarbeit  <input type="radio"/> Lärm  <input type="radio"/> fehlendes Tageslicht  <input type="radio"/> schwere körperliche Belastungen  <input type="radio"/> Chemikalien  <input type="radio"/> Gase/Aerosole      Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?      _____</p>	<p>40. Leiden Sie insbesondere an folgende Beschwerden?  <input type="radio"/> Nein</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>leicht</th> <th>mittel</th> <th>stark</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>allg. Müdigkeit / Leistungsabfall</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Reizbarkeit / Nervosität</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Stress (allgemein)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Stress (am Arbeitsplatz)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Partnerschaftskonflikte</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ängstlichkeit / Depressionen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Seelische Erkrankungen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hitzewallungen/Schweißausbrüche</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>fleckige Hautrötungen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>trockene Scheide</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Herzklopfen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Krampfadern</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		leicht	mittel	stark	Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe				allg. Müdigkeit / Leistungsabfall				Reizbarkeit / Nervosität				Stress (allgemein)				Stress (am Arbeitsplatz)				Partnerschaftskonflikte				Ängstlichkeit / Depressionen				Seelische Erkrankungen				Hitzewallungen/Schweißausbrüche				fleckige Hautrötungen				trockene Scheide				Herzklopfen				Krampfadern			
	leicht	mittel	stark																																																						
Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe																																																									
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall																																																									
Reizbarkeit / Nervosität																																																									
Stress (allgemein)																																																									
Stress (am Arbeitsplatz)																																																									
Partnerschaftskonflikte																																																									
Ängstlichkeit / Depressionen																																																									
Seelische Erkrankungen																																																									
Hitzewallungen/Schweißausbrüche																																																									
fleckige Hautrötungen																																																									
trockene Scheide																																																									
Herzklopfen																																																									
Krampfadern																																																									



## **Einverständniserklärung Datenübermittlung:**

Name: .....Vorname: .....Geburtsdatum: .....

Ich erlaube folgenden Angehörigen/Bekanntem/Freunden die Abholung meiner Rezepte/ Befunde/Verordnungen. Diese werden in einem verschlossenen Umschlag mitgegeben.

Name/Adresse/Tel: .....  
.....

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt/überweisender Arzt über meine Behandlung informiert wird und ggf. Arztberichte, Befunde erhält:  ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten, Diagnosen, Befunde usw. zum Zwecke der Mit- und Weiterbehandlung an andere Ärzte oder Leistungserbringer weitergeben werden dürfen

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Telefon über Befunde/Krebsvorsorgetermine/Abstimmung des Behandlungsablaufes informiert werde

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Person, Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Auftragsbearbeitung/Untersuchung an

- Labor Rosenheim MVZ
- Pathologie Rosenheim
- Labor Kinderwunsch-Centrum München-Pasing
- Genetikum Dr. Mehnert
- Labor für Medizinische Genetik, Dr. Klein, Planegg

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in Bezug auf eine Kinderwunschtherapie in pseudonymisierter Form an die Bayerische Landesärztekammer gesendet werden und für das Deutsche IVF-Register erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Änderungen werde ich der Praxis unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient